

PATIENTENFRAGEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

Stempel

wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen sorgfältig auszufüllen und Zutreffendes anzukreuzen. Sind Sie sich bei einer Frage unsicher, dann setzen Sie bitte ein Fragezeichen. Vielen Dank!

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

zzt. ausgeübter Beruf: _____

Größe: _____ m Gewicht: _____ kg

Was ist der Anlass Ihres Besuchs in unserer Praxis?

Wurden bei Ihnen bereits folgende Erkrankungen diagnostiziert?

- | | |
|---|--|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ * Schilddrüsenerkrankungen |
| ☐ Herzrhythmusstörung | ☐ * Augenerkrankungen |
| ☐ Koronare Herzkrankheit (KHK) | ☐ * Hals-, Nasen- und Ohrenerkrankungen |
| ☐ Herzinfarkt | ☐ * Knochen- und Gelenkerkrankungen |
| ☐ Schlaganfall | ☐ * Hauterkrankungen |
| ☐ Diabetes mellitus ☐ Typ I ☐ Typ II | ☐ * Krebserkrankungen |
| ☐ Erhöhte Blutfettwerte (z. B. Cholesterin) | ☐ * Psychische Erkrankungen |
| ☐ Erhöhte Blutungsneigung | ☐ * Andere Vorerkrankungen |
| ☐ Asthma | |
| ☐ Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) | |
| ☐ Migräne | |
| ☐ Thrombose | |
| ☐ * Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis / HIV) | |

Bei dieser Kennzeichnung * bitten wir um eine genauere Nennung der Erkrankung.

Nehmen Sie an einem Disease-Management-Programm (Behandlungsprogramm bei chronischen Erkrankungen) teil?

- ☐ Nein ☐ Ja, an folgendem Programm für: ☐ KHK ☐ Asthma ☐ COPD ☐ Diabetes mellitus

Haben Sie Allergien?

- ☐ Nein ☐ Ja, ich reagiere allergisch auf: _____

Haben Sie Nahrungsmittel- oder Medikamentenunverträglichkeiten?

- ☐ Nein ☐ Ja, ich vertrage Folgendes nicht: _____

Hatten Sie in der Vergangenheit Unfälle oder Operationen?

- ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche und wann? _____

Sind in Ihrer blutsverwandten Familie (Eltern, Geschwister, Kinder) folgende Erkrankungen aufgetreten?

- | | |
|---|---|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ * Infektionskrankheiten |
| ☐ Durchblutungsstörungen | ☐ * Schilddrüsenerkrankungen |
| ☐ Herzinfarkt | ☐ * Krebserkrankungen |
| ☐ Schlaganfall | ☐ * Psychische Erkrankungen |
| ☐ Diabetes mellitus Typ I / Typ II | ☐ * Andere Erkrankungen |
| ☐ Übergewicht / Adipositas | |
| ☐ Demenz / Alzheimer | |
| ☐ Asthma | |
| ☐ Migräne | |
| ☐ * Allergien | |

Bei dieser Kennzeichnung * bitten wir um eine genauere Nennung der Erkrankung.

- ☐ Mir sind **keine** Erkrankungen in meiner blutsverwandten Familie bekannt.

Gehen Sie im Alltag einer sportlichen Aktivität nach (z. B. Spaziergang, Fahrradfahren, Schwimmen)?

- ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche Sportart betreiben Sie?

Wie oft und wie lange?

Haben Sie in der letzten Zeit stark zu- oder abgenommen?

- ☐ Nein ☐ Ja, ich habe _____kg zugenommen. ☐ Ja, ich habe _____kg abgenommen.

Rauchen Sie?

- ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, wie viel pro Tag? _____ ☐ Ich rauche nicht mehr seit: _____

Trinken Sie Alkohol?

- ☐ Nein, ich trinke nie. ☐ Ja, ich trinke gelegentlich. ☐ Ja, ich trinke eher regelmäßig.

Haben Sie beruflich oder privat dauerhaften Stress?

- ☐ Nein ☐ Ja

Welche Medikamente / Naturheilmittel / Hormonpräparate (z. B. auch Antibabypille und Medikamenten-/Hormonpflaster) nehmen Sie zurzeit ein? (Wenn vorhanden, bitte Ihren Medikamentenplan mitbringen.)

Medikament	Häufigkeit

Haben Sie einen Impfpass?

- ☐ Nein ☐ Ja (Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihren Impfpass mit.)

Gibt es Besonderheiten bezüglich Ihrer Gesundheit, die Sie uns hier noch mitteilen möchten?

Richtigkeit der Angaben und Einverständniserklärung

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten unter Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht sowie unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), verarbeitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift